

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 juillet 1896, à 1 heure

PAR

DENIS COUGNENC

Né à Cessenon (Hérault), le 16 octobre 1870.



DU TRAITEMENT

DES

ABCÈS DU CREUX ISCHIO-RECTAL



Président : M. TILLAUX.

Juges : MM. { RECLUS, professeur.
TUFFIER, WALTHER, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

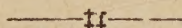
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 juillet 1896, à 1 heure

PAR

DENIS COUGNENC

Né à Cessenon (Hérault), le 16 octobre 1870.



DU TRAITEMENT

DES

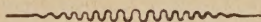
ABCÈS DU CREUX ISCHIO-RECTAL



Président : M. TILLAUX.

Juges : MM. { RECLUS, professeur.
TUFFIER, WALTHER, agrégés

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	N...
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.	STRAUS.
Clinique médicale.	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sy- philitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. N..., PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARBIN.	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	NÉN ?	WURTZ
DELBET.	MARFAN	RICARD	
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MA GRAND'MERE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Commandeur de la Légion d'honneur.

Membre de l'Académie de médecine

Professeur de Clinique chirurgicale à la

Faculté de Médecine de Paris

AVANT-PROPOS

Avant de commencer l'exposé de notre thèse, nous sommes heureux de profiter de l'occasion, pour rendre publiquement notre respectueux hommage et nos remerciements à nos maîtres qui tant à Montpellier qu'à Paris, nous ont aidé de leur savoir et de leur expérience dans nos études médicales.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur agrégé Quénu d'avoir bien voulu nous aider de ses conseils dans la rédaction de ce travail.

Notre ami M. Baudet, interne des hôpitaux, qui s'est mis gracieusement à notre disposition, pour faciliter nos recherches, a droit également à notre reconnaissance.

Que M. le Professeur Tillaux reçoive l'expression de vive gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

PRÉFACE

Le traitement des abcès du creux ischio-rectal a donné lieu à des méthodes différentes et cela de tout temps. Il nous a paru intéressant de rechercher quelle était l'opinion des chirurgiens actuels. Nous avons acquis ainsi cette conviction, qu'en dehors de certains cas bien nets et sur lesquels tout le monde s'entend, on peut traiter et guérir ces abcès avec des méthodes différentes. Les règles opératoires valent moins que la main même du chirurgien. Des maîtres comme M. Reclus fendent le rectum de parti-pris et guérissent leurs malades. D'autres comme MM. Tillaux, Duplay, Quénu, ne le fendent pas et obtiennent le même succès. C'est qu'en dehors du procédé opératoire, il y a à tenir compte des pansements consécutifs, et que bien souvent l'opération ne vaut que par les soins ultérieurs.

C'est cette idée qui a présidé à la rédaction de cette thèse. Elle n'a la prétention ni d'être originale, ni de rassembler tous les travaux qui ont été écrits, mais elle contient, soit dans le chapitre des observations, soit dans le texte même assez de faits inédits ou autres pour juger la question.

Nous avons conduit notre travail de la manière suivante.

Nous avons décrit dans un premier chapitre, le creux ischio-rectal et l'anus, c'est-à-dire l'extrémité inférieure du rectum. L'organe commande la région. Il en est le centre anatomique, il est le point de départ de ses lésions. Sa description en est donc inséparable. Et s'il y a dans ce chapitre quelques détails de structure volontiers trop longs, c'est qu'il est utile de savoir quels sont les points faibles par lesquels le rectum peut être décollé ou perforé, et par quelles relations vasculaires s'établissent d'abord la continuité anatomique du rectum et du creux ischio-rectal et ensuite se propagent les inflammations du viscère à sa région.

Nous avons essayé de montrer dans quel sens les fusées purulentes peuvent se propager, et nous avons réuni quelques cas de propagations des abcès du creux ischio-rectal, qui n'ont pas cours dans les livres classiques.

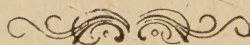
Dans un deuxième chapitre, nous analysons les méthodes chirurgicales et rendons compte des raisons qui président aux unes ou aux autres.

C'est la partie longue de la thèse.

Enfin dans un troisième chapitre, après avoir passé en revue, ce que font actuellement la plupart des maîtres de la chirurgie française, nous donnons d'après eux et d'après ce que nous avons vu faire, le traitement qui paraît le mieux convenir aux abcès du creux ischio-rectal et à leurs complications.

Il est bien entendu que les procédés opératoires que nous laissons de côté, nous ne les rejetons pas.

Ils mériteront de rester, tant qu'ils seront appliqués par des chirurgiens aussi habiles que ceux qui les préconisent.



CHAPITRE I

ANATOMIE DU CREUX ISCHIO-RECTAL ET DE L'ANUS

Sur une coupe verticale et transversale du bassin passant par les deux ischions, immédiatement en avant de l'anus, le creux ischio-rectal affecte la forme d'une pyramide triangulaire dont la base est en bas. Les parois qui la limitent présentent la disposition suivante :

En dehors se trouvent la tubérosité de l'ischion et la paroi osseuse qui lui fait suite, tapissées par le muscle obturateur interne. Celui-ci est maintenu fortement appliqué contre les os par une aponévrose résistante, l'aponévrose de l'obturateur interne. La paroi interne est formée par le muscle releveur de l'anus doublé également par un feuillet aponévrotique. La paroi inférieure répond à la peau et constitue la base de la pyramide.

Cette base est circonscrite par le bord inférieur du muscle grand fessier, en avant par le muscle transverse superficiel du périnée, en dehors par l'ischion, en dedans par l'anus. L'excavation se prolonge en avant au-dessus du transverse, en arrière au-dessus du grand fessier et forme ainsi deux culs-de-sac.

Le sommet du creux ischio-rectal répond à l'union

du releveur de l'anus avec l'obturateur interne et se trouve à cinq centimètres environ de la base. L'espace est hermétiquement clos en ce point par suite de l'union intime établie entre les aponévroses de ces deux muscles.

Le creux ischio-rectal est rempli de tissu cellulo-graisseux. Le seul vaisseau interne qu'il renferme est l'artère honteuse interne, mais elle est appliquée contre la branche ascendante de l'ischion et contenue dans la loge ostéo-fibreuse qui renferme le muscle obturateur interne. Elle donne naissance en ce point aux hémorroïdales inférieures qui s'en dégagent à angle droit. Elles sont assompagnées des veines hémorroïdales et des filets nerveux provenant du nerf honteux interne.

Voici les déductions opératoires. Les collections purulentes peuvent fuser dans la fesse au-dessous du muscle grand fessier, mais elles ne peuvent gagner en haut la cavité pelvienne qu'après avoir traversé le muscle releveur et ses deux aponévroses. Quand la suppuration a détruit le tissu cellulo-graisseux qui remplit la région, les parois de l'excavation ne peuvent se rapprocher : il en résulte des décollements qui guérissent plus lentement que dans les autres régions.

Il se développe parfois dans cet espace un véritable phlegmon diffus remarquable par l'intensité des phénomènes généraux et la rapidité de sa marche. En quelques jours, le creux ischio-rectal est rempli de pus, le tissu cellulaire qu'il contenait est sphacélé, s'échappe sous

forme d'échevaux de fils et si l'on a pas établi un traitement convenable, la peau elle-même se gangrène.

Nous avons tenu à rapporter à peu près textuellement, le paragraphe que M. le professeur Tillaux consacre au creux ischio-rectal, car on y trouve un aperçu très net et suffisant de l'anatomie de la région. Cependant, avant d'aborder l'étude des traitements que l'on doit diriger contre les abcès péri-rectaux, il nous a semblé bon de refaire un peu complètement l'anatomie de la région. Un praticien doit savoir avant d'opérer, dans quelles direction il peut et doit diriger son bistouri, connaître les organes qu'il doit épargner, ceux qu'il ne peut s'empêcher d'intéresser. Toute personne qui voudra traiter de pareils abcès est forcé de savoir jusque dans quels recoins il doit les poursuivre, et ne poussera pas ses débridements à l'aveugle. Il lui est donc indispensable de connaître tous les détails anatomiques que comporte l'anus et la région péri-anale.

Nous avons vu plus haut qu'elle était la disposition générale du creux ischio-rectal. On doit l'envisager comme une région à peu près symétrique dont l'anus forme le centre, et dont les lésions commandent la presque totalité de celle des deux creux ischio-rectaux. Il nous a donc semblé nécessaire de placer ici l'étude de l'anus, ou du moins de la portion dite périnéale du rectum ainsi que de ses vaisseaux.

Cette fosse dont la base regarde en bas et en arrière, dont la hauteur varie de 5 à 7 centim. environ, a une largeur plus variable encore puisqu'elle est liée à l'état

de plénitude ou de vacuité de l'anus ; par suite de l'élargissement plus considérable du bassin chez la femme, cette fosse est plus large chez elle mais moins profonde.

Sa paroi externe, qui répond sur le squelette à la face interne de l'ischion, et la partie postérieure de la branche ischio-pubienne, peut être décomposée en deux parties, l'une antérieure, l'autre postérieure. La partie antérieure regarde en dedans ; elle est tapissée par le muscle obturateur internes et son oponévrose.

C'est en réalité l'aponévrose qui forme la véritable paroi, mais pas dans toute sa hauteur. Au-dessus de la ligne de fusion avec l'aponévrose du releveur, elle est hors de la région. Cette aponévrose contient dans son dédoublement les vaisseaux et nerfs honteux interne, échelonnés ici de haut en bas.

Comme au niveau des espaces intercostaux, la veine en haut, le nerf en bas, l'artère entre les deux.

Cette aponévrose est résistante et ne saurait être perforée par les collections purulentes. Sur cette même paroi externe, en arrière d'une ligne verticale passant par l'épine sciatique, les rapports changent. En ce point en effet, le tendon de l'obturateur externe contourne l'épine sciatique pour pénétrer dans la fesse. On trouve alors la face interne du grand ligament sacro-sciatique qui regarde en avant, sa face externe est inséparable en ce point des faisceaux musculaires du grand fessier qui y prend des insertions. Il y a donc à la face externe de la fosse ischio-rectale 2 plans ligamenteux antérieurs et postérieurs. L'antérieur qui occupe les 3/4

ou les 2/3 de la région est formé par l'aponévrose de l'obturateur interne et regarde en dedans, le postérieur formé par le grand ligament sacro-sciatique regarde en avant.

Le point de convergence a lieu au-dessous de l'épine sciatique, c'est-à-dire vers la petite échancrure sciatique, qui se trouve là comme une porte de sortie de la région.

La paroi interne est formée par la face inférieure du muscle releveur de l'anus. Ce muscle, par ses insertions supérieures, s'étend de l'épine sciatique à la face interne du corps du pubis. Il se dirige en bas et en dedans et constitue en se réunissant par son bord inférieur avec celui du côté opposé un véritable diaphragme périnéal perforé en avant par la vessie et l'urèthre, en arrière par le rectum chez l'homme ; chez la femme, il existe un troisième hiatus interposé aux deux autres, c'est le vagin.

La face qui regarde le creux ischio-rectal est convexe. Elle forme une sorte de dôme qui rétrécit d'autant la région. La face supérieure revêtue d'une aponévrose forte et très résistante, constitue la paroi inférieure de l'espace pelvi-rectal supérieur de Richet. C'est dans cet espace sous-péritonéal étendu du rectum en dehors à la paroi pelvienne que se trouvent les branches de l'hypogastrique qui se rendent au rectum ainsi qu'à la base de la vessie ; ces vaisseaux entrent par la grande échancrure sciatique qui fait communiquer cette région avec la fesse.

Le muscle releveur de l'anus est revêtu sur sa face

inférieure par une aponévrose qui suit le plan musculaire et s'étend par conséquent de la ligne d'insertion supérieure jusqu'au rectum et au raphé coccy-anal.

En haut elle s'attache à l'aponévrose obturatrice.

En bas, elle se confond d'avant en arrière avec le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne, le rectum, le raphé coccy-anal.

C'est elle en somme qui forme la vraie paroi de la région comme l'aponévrose de l'obturateur interne forme la paroi externe. Mais elle constitue une paroi plutôt anatomique que chirurgicale. Car si elle est assez résistante au niveau de ses insertions supérieure, vers le fond du creux ischio-rectal, elle est tout à fait mince et celluleuse en dedans et ne saurait offrir aux collections purulentes une résistance comparable à celle de l'obturateur interne où à l'aponévrose supérieure du releveur. Du reste, elle n'est pas très adhérente au releveur, elle en est séparée d'après M. Quénu par un tissu cellulaire de glissement, si bien que le doigt et le pus peuvent s'insinuer entre elle et le muscle. C'est ce que démontre l'observation.

La base du creux ischio-rectal est comprise entre le bord inférieur du muscle grand fessier, et le bord interne du grand ligament sacro-sciatique et le bord postérieur du transverse superficiel du périnée. Latéralement, elle est limitée par la face interne de l'ischion en dehors, en dedans par le raphé ano-bulbaire, l'anus périnéal, le raphé ano-coccygien. Cette ouverture quadrangulaire est remplie par de la graisse qui se conti-

nue en haut avec celle du creux en bas avec celle de la fesse et du périnée. Cette fosse est donc ouverte en bas. Aucune plaie aponévrotique ne la ferme. Cependant Bourgery et Jacob représentent une lame aponévrotique qui remplit l'aire de cette ouverture, et Mores-tin la décrit ainsi.

L'aponévrose du muscle grand fessier, au niveau du bord inférieur du muscle adhère au grand ligament sacro-sciatique, et sous la face profonde du grand fessier constitue l'aponévrose sous-fessière.

De cette aponévrose, au niveau du bord inférieur du muscle se détache une lame cellulo-aponévrotique, qui se porte en dedans, passe sur la face superficielle du muscle sphincter et vient s'attacher au raphé coccy-anal et à la face profonde de la peau de la marge de l'anus et de la rainure interfessière. En avant, elle va se fixer à l'aponévrose superficielle du périnée, au moment où elle contourne le bord postérieur du muscle transverse. Cette lame ainsi disposée sépare la graisse de la fosse du tissu graisseux sous-cutané.

Le sommet du creux ischio-rectal répond à la réunion des aponévroses du releveur, et de l'obturateur interne. Cette union est marquée par un épaissement fibreux linéaire allant de l'épine sciatique au pubis, c'est l'arcus tendineux.

En ce point le creux ischio-rectal est solidement fermé. Mais il présente une ouverture naturelle au niveau de la petite échancrure sciatique.

Le contenu de la fosse est constitué par une graisse molle chez l'enfant et qui s'enlève d'un seul bloc.

Elle est plus dense chez l'adulte et pour ainsi dire cloisonnée par des tractus celluloux qui se détachent de la gaine des vaisseaux et nerfs hémorroïdaux. Ces vaisseaux et nerfs eux-mêmes forment avec l'anus le plan viscéral de la région. Voyons d'abord l'anus, nous verrons ensuite les organes qui en partent ou qui y vont.

Cette portion du rectum, troisième portion des auteurs est appelée aussi rectum périnéal, elle se continue en bas avec l'anus proprement dit. Elle s'étend du releveur en haut, au bord inférieur du sphincter externe en bas.

Intérieurement, elle fait suite à l'ampoule rectale en haut, l'insertion des valvules de Morgagni marque sa limite inférieure. En ce point la zone cutanée lisse de Robin et Cadiat sert de transition à la ligne anocutanée de Herman et Tourneux qui appartient encore à l'anus, et à la peau du périnée.

Cette partie du rectum est très courte, elle mesure en moyenne 2 à 3 centimètres de longueur. Elle est rectiligne et s'ouvre perpendiculaire au périnée. Cependant sur les moulages du rectum représentés par M. Quénu, on la voit obliquer très légèrement en bas et en arrière. Le calibre est mince, étroit, et l'anus a plutôt une forme cylindrique. Mais il est également comme étranglé en son milieu et affecte alors une forme en tablier avec 2 évasements supérieur et inférieur ; le

premier fait suite à l'ampoule, le deuxième à l'ouverture cutanée. On ne trouve plus dans cette région, les sillons et bosselures, que l'on voyait sur le rectum pelvien et que Gally a étudiés dans sa thèse.

Si nous étudions de dehors en dedans les plans charnus qui constituent la filière anale, nous trouvons successivement : un premier plan musculaire strié formé par le releveur de l'anus, et le sphincter externe : un deuxième plan formé par les fibres lisses circulaires ; un troisième plan, formé par les fibres longitudinales éparpillées en ce point et passant les unes entre les deux sphincters, les autres en dedans ; un quatrième constitué par la sous-muqueuse et la muqueuse.

PREMIER PLAN MUSCULAIRE STRIÉ.

C'est le releveur de l'anus en haut : le sphincter externe en bas.

En avant et en arrière de l'anus, le muscle releveur se jette sur une cloison verticale sus-jacente au raphé périnéal. Nous reviendrons sur cette cloison. Mais au niveau de l'anus même, ce muscle et ses deux aponévroses se comportent ainsi.

L'aponévrose inférieure prend part à la constitution de la paroi interne de la fosse, nous l'avons décrite suffisamment pour ne pas y revenir. L'aponévrose supérieure pénètre dans l'épaisseur des tuniques rectales

et se perd entre le plan des fibres longitudinales et circulaires.

Quant au releveur lui-même, il présente deux plans de fibres, un plan interne et un plan externe. Le plan interne suit la lame supérieure aponévrotique du releveur. Elles pénètrent entre le sphincter externe qui est en dehors et l'interne en dedans en même temps que les fibres lisses longitudinales et vont avec ces fibres se terminer à la peau, si bien que, à la partie supérieure de l'anus, les fibres profondes du releveur sont séparées des fibres lisses longitudinales par son aponévrose supérieure, dont la face externe donne insertion aux fibres du releveur, l'interne aux fibres longitudinales. Tout-à-fait en bas, les fibres longitudinales, lisses et striées, se mêlent entre elles, passent entre les deux sphincters et se fixent à la peau péri-anale. En ce point, les éléments striés disparaissent progressivement.

Les fibres externes du releveur s'arrêtent plus haut, au niveau du bord supérieur du sphincter externe. Elles se confondent même avec les fibres du sphincter externe, et si la fusion n'est pas absolument complète, c'est qu'ils sont séparés ça et là, mais d'une façon toute disséminée, par des fibres longitudinales, par des vaisseaux qui contournent le bord supérieur du sphincter externe et par un peu de tissu cellulaire. Ce tissu cellulaire est un peu plus abondant en avant que dans les autres points, et il existe là, d'après M. Quénu, un petit espace triangulaire comblé par du tissu cellulaire lâché; « C'est un point faible, un défaut de cuirasse pour le

« rectum, et c'est par lui que souvent le pus formé
« dans la fosse ischio-rectale pénètre dans l'intérieur
« du rectum (1). » Ce petit détail anatomique a pour
nous une importance capitale.

Le sphincter externe présente également deux plans de fibres superposées : Un plan superficiel elliptique étalé sous la peau, inséré sur elle, dont les faisceaux affectent une direction antéro-postérieure et une forme curviligne, un plan profond inséré en avant sur le raphé ano-génital, en arrière sur le raphé ano-coccygien. Sur les sujets bien développés il n'a pas moins de 2 1/2 à 3 centimètres de hauteur et constitue un véritable cylindre musculaire. Cette forme cylindrique serait d'autant plus réelle que les fibres les plus profondes du sphincter externe ne s'interrompraient ni en avant ni en arrière sur les deux raphés et constitueraient un véritable anneau.

En dedans du sphincter externe se trouve le sphincter interne. Mais entre les deux se trouve le plan des fibres lisses longitudinales. Sur le côlon pelvien, elles sont encore ramassées en trois bandes, antérieure, externe et postérieure. Sur le rectum, les deux premières se fusionnent en une seule, antérieure, la troisième reste postérieure. Sur l'ampoule rectale, elles s'épanouissent en éventails musculaires, non sans former des arcades à concavité supérieure. Sans nous arrêter ici sur les connexions de ces fibres avec le rectum pel-

(1) Quénu. Gaz. méd. Paris, 1894.

vien, voyons comment elles se comportent au niveau de l'anus. A ce niveau les plus superficielles, plan moyen de Sappey, se jettent sur la face interne de l'aponévrose du releveur, les profondes s'insèrent à la face profonde de la peau par de petits tendons qui traversent le sphincter externe ou cheminent entre ce dernier et le sphincter interne.

La terminaison de ces fibres serait beaucoup plus compliquée. Holl (Arch. Anat. 1881). Laimer (Mediz. Jahrb. 1884), Roux (Arch. f. Mikrosk Anat. 1881, et bieu avant eux Mercier (Gaz. méd, 1845 et Gaz hebdom., 1857) l'avaient décrite dans tous ses détails. Il nous paraît inutile d'entrer dans une description que l'histologie résout mieux encore que la dissection.

Le plan des fibres circulaires est interposé aux fibres longitudinales et à la muqueuse. Elles forment des anneaux complets. Au niveau de l'anus, cette couche s'épaissit et présente une hauteur de 3 à 4 centimètres sur une épaisseur d'un demi centimètre environ. Il est plus épais en bas ; il s'amincit en haut. Son bord inférieur est emboîté par le sphincter externe, mais il en reste toujours séparé.

Ce bord inférieur répond à la ligne de continuité de la muqueuse et de la peau. Les faisceaux ne forment pas un plan continu, ils sont traversés et séparés l'un de l'autre par les fibres longitudinales.

Entre la muqueuse et la couche musculaire existe une celluleuse qui se réduit de plus en plus et disparaît en arrivant vers la peau.

La description de la muqueuse exige quelques détails.

On ne trouve plus sur l'anus, trace de ces valvules qui ont donné lieu à tant de travaux reproduits et contrôlés par Gally dans sa thèse. La dernière ou inférieure s'arrête dans l'ampoule rectale. Mais par contre existent les valvules et colonnes de Morgagni.

Les colonnes se trouvent à 1 cent. 1/2 environ de l'orifice anal. Ce sont des plis verticaux et parallèles en nombre variable, huit en moyenne. Les uns sont petits, les autres plus allongés. Prismatiques à la coupe, elles ont une base dirigée en bas qui se continue avec le bord libre d'une valvule de Morgagni : un sommet qui se perd en haut dans la muqueuse rectale, 2 bords dont l'un est adhérent à la paroi, l'autre est libre. Ces colonnes sont constituées par un pli de la muqueuse doublé par les fibres longitudinales de la *muscularis mucosæ*.

Les bases des colonnes rectales sont réunies les unes aux autres par des plis transversaux de la muqueuse, qui se détachent d'elle, constituant ainsi des poches en nid de pigeon. Ce sont les valvules de Morgagni.

Chaque cul-de-sac n'a pas plus de 2 à 3 mm. de profondeur. Chaque valvule est constituée par un pli de la muqueuse.

La muqueuse rectale est formée par un épithélium cylindrique à plateau strié, un chorion constitué en moyenne partie par du tissu lymphoïde, aggloméré en

certain points, véritables follicules clos et des glandes en tube.

A mesure qu'elle se rapproche de la peau, la muqueuse anale tend à s'épidermiser. Si on l'étudie avec Hermon sur une coupe longitudinale, on voit que jusqu'au bord libre des valvules de Morgagni, c'est encore la muqueuse rectale. A partir de ce point, elle forme « une sorte de bourrelet circulaire où la peau apparaît » (Qnénu). Sur la valvule, l'épithélium a déjà changé, c'est un épithélium pavimenteux stratifié qui s'étend jusqu'au bord libre de la valvule, ligne ano-cutanée. Sur le versant opposé de la valvule, l'épithélium rectal s'est arrêté, les glandes en tube ont disparu, c'est la ligne ano-rectale. Au-dessous de la ligne ano-cutanée, la peau apparaît sur une longueur de 15 mm., mais sans glandes pilo-sébacées. C'est la zone cutanée lisse de Robin et Cadiat ; enfin plus bas c'est la peau. De sorte que l'on trouve successivement de haut en bas la muqueuse rectale, s'arrêtant à la ligne ano-rectale, la muqueuse anale, la ligne ano-cutanée, sur le bord adhérent des valvules, la zone cutanée lisse de Robin et Cadiat et la peau.

Au niveau de la muqueuse anale, il n'existe plus de glandes, mais de simples utricules, véritables glandes rudimentaires pour Hermann.

Dans la zone cutanée lisse, il n'existe aucune glande.

Au niveau de la peau, il y a des glandes sébacées et sudoripares. Ces dernières volumineuses, glandes cir-

cum-anales de Gay, sont en tout point comparables aux glandes axillaires.

L'orifice supérieur de l'anus est marqué par le contour des valvules de Morgagni. Quant à l'orifice inférieur, punctiforme à l'état de repos, il présente une série de plis qui rayonne de cet orifice comme centre. Lorsque l'anus se dilate, les plis s'effacent et la muqueuse anale paraît à l'extérieur.

Les artères de l'anus proviennent en grande partie de l'hémorrhoïdale inférieure, branche de la honteuse interne. Cette artère hémorrhoïdale est très rarement unique : elle est formée par 2 ou 4 rameaux qui se détachent en général de la honteuse au niveau de l'épine sciatique, et se dirigent en dedans, les supérieures à 40 ou 60 mm. au-dessus de l'anus, les plus basses à 20 ou 30 mm. seulement. Elles se dirigent en dedans et en bas à travers la cavité ischio-rectale accompagnées d'une gaine cellulo-fibreuse, formée par des expansions de la membrane obturatrice. Arrivées sur le rectum, ces artères se perdent les unes sur le sphincter externe et l'extrémité inférieure du releveur, les autres traversent ces deux muscles, puis le sphincter interne et se répandent dans le tissu cellulaire de la muqueuse et de la peau. Ces réseaux terminaux s'anastomosent avec ceux de l'artère hémorrhoïdale moyenne et de l'artère hémorrhoïdale inférieure.

« L'artère sacrée moyenne donne à la face postérieure du rectum de petits rameaux grêles qui se détachent successivement au niveau de l'avant dernier trou sacré, du dernier trou sacré, et enfin un peu au-

« dessous de la base du coccyx : ces ramuscules s'épuisent dans les parois musculaires du rectum » Quénu.

D'après Konstantinowistch, les rameaux terminaux de l'hémorroïdale supérieure, arrivés au niveau de l'ampoule rectale se distribuent à toutes les tuniques. Dans le rectum périnéal, ils ne se distribuent plus qu'à la muqueuse. L'hémorroïdale moyenne inférieure et la sacrée moyenne irriguent l'appareil musculaire et de la façon suivante. La paroi antérieure est réservée à l'artère hémorroïdale moyenne, les hémorroïdales inférieures sont chargées des parois latérales et la sacrée moyenne de la paroi postérieure.

Les origines des veines de l'anus sont assez compliquées.

On peut les décrire de la façon suivante.

Il existe dans l'intérieur des parois ano-rectales deux plexus : l'un situé à la face externe du sphincter externe, c'est le plexus péri-sphinctérien, l'autre échelonné le long de la tunique sous-muqueuse, constitue le plexus sous-muqueux ou hémorroïdal interne. Ce dernier, tout à fait en haut, sera l'origine de la veine hémorroïdale supérieure, en bas, l'origine de la veine hémorroïdale inférieure. Au niveau des valvules de Morgagni, au-dessous de la ligne ano-rectale, existe une zone de raccord entre les deux systèmes veineux hémorroïdaux, entre les deux systèmes porte et cave. C'est en ce point que l'on trouve des ampoules veineuses, grosses comme un grain de blé ou un petit

pois, bien étudiées par Duret. Pour Quénu, ces ampoules sont des dilatations pathologiques, des hémorroïdes internes, en miniature. On ne les trouve ni chez le nouveau-né, ni chez l'enfant. Elles manquent chez la plupart des quadrupèdes (Quénu), ce qui serait dû, pour Charpy, à la station de ces animaux, défavorable à la circulation en retour.

Au niveau du sphincter interne, les veines musculaires se portent, les unes en dedans, dans le plexus sous-muqueux, les autres se portent en dehors du muscle, remontent sur sa face externe, au-dessus de son bord supérieur et se jettent dans le plexus sous-muqueux. Ces veines longitudinales externes et les veines du plexus sous-muqueux, réunies par les branches transversales externes et internes, constituent, suivant l'expression de Charpy, un plexus vasculaire en échelle.

Comment ces plexus veineux vont-ils se décharger du sang qu'ils contiennent ?

Au niveau de l'anus, le plexus sous-muqueux envoie : 1^o Des rameaux qui traversent le sphincter interne, puis le sphincter externe, et vont se jeter dans le plexus péri-sphinctérien. Ils traversent des boutonnières musculaires et constituent les canaux de dérivation de Duret. — 2^o Des rameaux qui descendent jusqu'au bord inférieur du sphincter externe et aboutissent là, dans le tissu sous-cutané, tantôt à un plexus, tantôt à un tronc veineux circulaire, *système sous-sphinctérien de Duret*, veine marginale de l'anus

de Konstantinowitch. De ce réseau partent les origines des veines hémorroïdales inférieures, communiquant ainsi largement, par l'intermédiaire des veines sous-muqueuses, avec le système porte, et cela contrairement à l'opinion de Duret.

Les veines efférentes de l'anus vont naître du réseau péri-sphinctérien et du réseau sous-sphinctérien. Les veines hémorroïdales inférieures naissent des deux réseaux, se placent dans la gaine fibreuse de l'artère et vont se jeter dans la veine honteuse interne.

A côté de ces troncs collecteurs principaux, il y en a d'autres qui naissent du réseau sous-sphinctérien et gagnent en avant, les rameaux de la honteuse externe.

Latéralement, ces veines tout à fait superficielles, croisent l'ischion, deviennent profondes, perforent principalement le muscle demi-tendineux et se jettent dans une perforante fémorale, ou bien longent le muscle et vont se jeter dans le périoste qui recouvre la branche ischio-pubienne : en arrière, le réseau sous-sphinctérien fournit aux veines de la région coccygienne, et parmi ces veines, il en existe une vraiment près du coccyx, cheminant entre le releveur et le grand fessier, pendant un court trajet, et allant se perdre dans la veine ischiatique.

Tout le pourtour de l'orifice anal est entouré d'un réseau lymphatique extrêmement riche, superficiellement situé dans le derme. Les troncs lymphatiques se distinguent en supérieurs, moyens et inférieurs. Les

inférieurs, les seuls qui nous occupent, partent du réseau de la marge de l'anüs, par de nombreux troncles, qui convergent de chaque côté, en formant de larges mailles d'où émergent enfin trois à quatre troncs lymphatiques. Ceux-ci cheminent dans le tissu cellulo-graisseux, assez rapprochés de la face profonde du derme et remontant vers le pli de l'aîne, pour se jeter dans les ganglions inguinaux. Pour y arriver, les uns rampent à la face interne de la cuisse, les autres appartiennent plutôt au périnée, enfin d'autres occupent le pli cruro-périnéal. Leur direction n'est pas rectiligne, ils décrivent des flexuosités, parfois de véritables crochets; quelques-uns se bifurquent en deux branches allant converger un peu plus loin. Parfois les troncs s'envoient des anastomoses avant d'aboutir aux ganglions. Ils arrivent aux ganglions inguinaux internes et supérieurs: d'après Sappey, aux ganglions inférieurs et internes. D'après Quénu, 4 fois dans le groupe supérieur, 5 fois dans le groupe inférieur, 4 fois dans les deux groupes à la fois, exceptionnellement aux ganglions internes et aux ganglions externes, c'est-à-dire à ceux situés en dehors de l'embouchure de la saphène. D'après le même auteur, et contrairement aux opinions de Heule et de Morgagni, il n'y a pas de lymphatique de l'anüs allant aux ganglions hypogastriques ni aux ganglions pelviens.

Le nerf anal ou hémorroïdal se détache du nerf honteux au niveau de l'épine sciatique, traverse la fosse ischio-rectale et se porte en dedans et en avant vers la

partie antérieure de l'anus. Il chemine dans la gaine aponévrotique qui enveloppe l'artère et la veine, le nerf en arrière, l'artère en avant, et se divise en plusieurs filets qui se rendent dans la peau de l'anus et dans le sphincter externe.

Le muscle releveur de l'anus reçoit un filet venu de la 3^e et 4^e paire sacrée, qui jette sur sa face inférieure.

Il existe encore un petit nerf, dépendant de la 4^e paire sacrée, accompagné d'une artériole et d'une veinule, et venant se distribuer à la partie postérieure du sphincter (Morestin).

Ce qu'il nous importe maintenant de connaître, ce sont les prolongements antérieurs et postérieurs de la région.

En avant, le creux ischio-rectal présente un cul-de-sac dans lequel peut se loger aisément la phalange du médius. Cette poche s'incline en dedans par suite du rapprochement des branches ischio-pubiennes, et s'adosse à celle du côté opposé sans communiquer. Elle s'avance au-dessus du transverse superficiel et de son aponévrose, feuillet inférieur du ligament de Carcassonne, puis au-dessus du transverse profond et du feuillet supérieur du ligament de Carcassonne. « Elle communique avec le tissu cellulaire qui sépare les deux lames de l'aponévrose moyenne » (Morestin). Elle est située au-dessous du releveur et de son aponévrose inférieure. En dehors, elle est limitée par l'aponévrose obturatrice : en dedans par une cloison sagittale, raphé

ano-bulbaire sur lequel s'attachent : en avant, le bulbo caverneux, en arrière, le sphincter externe, latéralement le transverse superficiel, en haut, le releveur de l'anus. Cette cloison fibro-musculaire empêche toute communication avec le creux ischio-rectal du côté opposé ; et ce n'est qu'au prix de sa destruction, de sa désagrégation inflammatoire, qu'une ouverture pourra s'établir.

En arrière, la séparation des deux creux ischio-rectaux s'établit par l'interposition du raphé ano-coccygien, sorte de lame fibreuse antéro-postérieure qui, par son bord inférieur, se soude à la peau interfessière, par son bord supérieur donne attache au releveur, par son extrémité antérieure et la partie inférieure de ses faces latérales donne insertion au sphincter externe. Son extrémité postérieure s'attache au sommet et aux dernières vertèbres coccygiennes.

Lorsqu'on tend la peau de la région anale, on voit que ce raphé est compris entre les insertions correspondantes du sphincter externe et du releveur, qu'il est résistant mais pas dans toute son étendue : çà et là il présente des points faibles que le doigt creuse facilement, et dont une suppuration gangréneuse aura facilement raison.

Après avoir étudié l'anus au point de vue purement descriptif, nous devons l'envisager au point de vue topographique, et si nous reprenons la superposition de ses plans, nous trouvons de dehors en dedans.

En dedans de la graisse ischio-rectale, le plan musculaire strié formé en haut par le releveur, en bas par le sphincter externe jusqu'à la peau. Ces deux anneaux contractiles présentent en avant une petite ouverture celluleuse (Quénu) qui conduit dans le creux ischio-rectal. La face externe du sphincter est doublée par les plexus veineux péri-sphinctériens, son bord inférieur par le plexus sous-sphinctérien ou veine marginale de l'anus.

Plus en dedans le sphincter interne dont le bord inférieur n'atteint pas celui du sphincter externe. Son bord supérieur et sa face externe se séparent en partie du plan précédent grâce aux fibres longitudinales du rectum qui vont à la peau. Ce muscle est richement parcouru sur ses faces et dans son intérieur par des veines qui constituent l'échelle vasculaire de Charpy.

La tunique sous-muqueuse est une membrane glandulo-vasculaire. C'est elle qui contient le plexus hémorrhoïdal interne ou sous-muqueux. En haut ce plexus monte vers la veine hémorrhoïdale supérieure : au dessous de la ligne ano-rectale, on trouve les dilatations de Duret siège habituel et point de départ des hémorrhoïdes internes. Les veines émanées de ce plexus traversent le sphincter externe et vont au plexus péri-sphinctérien, les autres descendent jusqu'à son bord inférieur et vont au plexus sous-sphinctérien. Au-dessous du sphincter, ce tissu se continue avec le tissu celluleux superficiel du creux ischio-rectal. Il est facile, en effet, de décoller la peau de cette région ; elle n'a-

dhère que par les insertions cutanées du sphincter externe, et les attaches des fibres longitudinales du rectum. Ces diverses insertions coupées, on arrive facilement sous la muqueuse. Enfin la muqueuse, confondue avec la muqueuse rectale au niveau de l'ampoule et au-dessous, présente la ligne ano-rectale au-dessus des valvules de Morgagni. Au niveau du bord inférieur des valvules se trouve la ligne ano-cutanée et, entre les deux lignes ano-cutanée et ano-rectale, dans la région valvulaire, se trouve comprise la véritable muqueuse anale ; au-dessous de la ligne ano-cutanée, sur une étendue de 15 mil. environ, la zone cutanée lisse de Robin et Cadiat, muqueuse dermo-papulaire dépourvue d'appareil pilo-sébacé ; enfin la peau de l'anus, avec ses plis, ses poils et ses glandes cutanées.

Si, d'autre part, nous reprenons la superposition des plans du creux ischio-rectal de haut en bas, en faisant passer une incision antéro-postérieure entre l'ischion et l'anus, nous trouvons :

La peau, immédiatement sous le derme les lymphatiques de la région.

La graisse ischio-rectale et les organes vasculo-nerveux, qu'elle contient et dont les prolougements fibreux émanés de leurs gaines cloisonne la graisse ischio-rectale.

Ces organes se superposent ainsi :

Tout à fait en bas, des veines qui croisent l'ischion et vont se jeter dans les veines profondes de la cuisse ; un peu plus haut, les deux groupes des branches de

l'artère hémorroïdale inférieure, avec les veines qui les accompagnent et le nerf hémorroïdal, au sommet de la région, le nerf du releveur de l'anus, l'aponévrose inférieure de ce muscle, le muscle lui-même.

Le creux ischio-rectal présente plusieurs prolongements.

1° Vers le périnée. A la base du creux ischio-rectal, le tissu cellulaire qui confine à la peau, communique avec toute la loge superficielle du périnée, scrotum, verge, paroi abdominale antérieure chez l'homme, avec la vulve chez la femme.

Dans les parties profondes du creux ischio-rectal, il existe un prolongement qui s'arrête en avant au-dessus du transverse profond, au-dessous du releveur, prolongement profond comme une phalangette de médius, et qui s'adosse à celui du côté opposé.

2° Avec la fesse. Le tissu cellulaire du périnée antérieur, du creux ischio-rectal et la fesse communiquant naturellement.

3° Avec la cavité pelvienne par la petite écrancrure sciatique.

4° Avec le rectum, par l'espace compris entre le releveur et le sphincter externe — ou bien par la voie sous-sphinctérienne.

Le creux ischio-rectal est fermé en haut par le releveur, en avant et en arrière par les cloisons ano-bulbaires et ano-coccygiennes mais les affections suppuratives peuvent briser les faibles barrières, et les abcès fuser dans ces différentes directions.

Ils peuvent décoller le releveur de son aponévose inférieure, prolongement que l'on peut appeler pelvi-rectal moyen par analogie aux abcès pelvi-rectaux supérieurs et inférieurs, et dont M. Quénu rapporte une observation.

Ils peuvent perforer le releveur et ses deux aponévroses et pénétrer dans l'espace pelvi-rectal supérieur, quoique les communications en sens inverse soient plus fréquentes.

Ils peuvent forcer le raphé ano-coccygien et passer du côté opposé : abcès du creux ischio-rectal doubles ou en fer à cheval.

Ils sont pour ainsi dire arrêtés en avant par les plans du périnée antérieur, triangle recto-urétral. Mais chez la femme, ils peuvent perforer la cloison recto-vaginale et s'ouvrir dans le vagin.

1° De sorte qu'à côté des abcès ischio-rectaux purs évoluant dans la région sans en sortir, nous pourrions avoir.

2° Des prolongements fessiers et périnéaux superficiels c'est même la règle.

3° Des prolongements vulvaires, avec ouverture dans les grandes lèvres.

4° Des prolongements antérieurs rétro-prostatiques.

5° Des prolongements antérieurs intra-vaginaux.

6° Des prolongements pelviens.

7° Des prolongements sous-cutané-muqueux ano-rectaux décollant ou perforant la muqueuse rectale.

8° Des prolongements pelvi-rectaux moyens. Des prolongements pelvi-rectaux inférieurs.

9° Des prolongements rétro-anaux ou abcès ischio-rectaux doubles.

CHAPITRE II

Les observations d'abcès doubles du creux ischio-rectal étant rares, il nous a paru utile d'éclairer notre pratique par la lecture des traitements divers que l'on a appliqués à tous les phlegmons profonds unilatéraux ou bilatéraux de la région ano-rectale.

Les procédés opératoires ont peu varié avec les époques. Aujourd'hui comme autrefois deux grandes méthodes sont en présence : celle qui consiste à faire des incisions simples sans toucher à l'anus et celle qui comprend la paroi ano-rectale dans le débridement de l'abcès. Mais ce qui a changé c'est l'hémostase d'une part et la propreté chirurgicale de l'autre. Cela seul suffit à réhabiliter certains procédés et fait intervenir dans la question des facteurs jusqu'ici négligés. Aussi nous semble-t-il nécessaire de subdiviser ce chapitre de thérapeutique en trois parties bien distinctes.

Dans la première, nous passerons en revue les méthodes opératoires usitées jusqu'à l'époque de propreté chirurgicale.

Nous nous réservons le droit de critiquer au fur et à mesure la manière de faire des chirurgiens.

Dans la deuxième, nous exposerons les procédés usités de nos jours.

Dans la troisième, que notre inexpérience rend forcément très courte, nous établirons la méthode qui convient le mieux aux abcès en question. Donc trois parties bien distinctes : ce que l'on a fait, ce que l'on fait, ce qu'il faut faire.

A. Paré. — Tous les auteurs anciens sont unanimes d'ouvrir les abcès de la région anale. A. Paré conseille même de les ouvrir prématurément, et de précéder la formation du pus — « Il faut avoir garde de les laisser meurir. » Il faut « ouvrir la tumeur encore verdelette. »

Mais comment faut-il les ouvrir ?

Faget. — Les premières indications opératoires sont posées par Faget aîné en 1743 dans son mémoire à l'Académie de chirurgie « sur les grands abcès du fondement. » Il conseille, non seulement d'ouvrir les abcès où le rectum est à découvert, mais, ajoute-t-il, « il faut inciser et fendre cet intestin pour procurer sa réunion avec les parties voisines. Sans cette précaution, il se produit des récidives qui obligent à des opérations bien plus considérables que n'eut été la première. »

Voilà pour la première fois l'indication de fendre le rectum nettement exprimée.

Faget appuie sa déclaration sur l'histoire assez connue d'un malade, victime d'après lui d'incisions parci-

monieuses. C'est un malade auquel on incisa un abcès à l'anus du côté droit. Quinze jours après, survint un deuxième abcès du côté gauche, que l'on ouvrit par l'incision simple comme le premier. Peu à peu l'abcès fit le tour du rectum, si bien qu'au bout de cinq mois, le malade eut à subir une troisième opération. Faget perça le rectum avec un gros stylet et fit une anse. Il coupa un lambeau de la peau coccygienne en suivant les insertions des releveurs jusqu'à la partie moyenne du périnée, et retrancha quelques callosités exubérantes. Généralisant sa façon de faire, Faget pose les règles suivantes :

« Dans tous les cas, si l'abcès s'étend dans les graisses
« et si l'intestin est dénudé, il faut ouvrir le rectum
« jusqu'au fond du décollement comme pour l'opération
« de la fistule, sinon les collections purulentes se re-
« forment et la plaie devient fistuleuse. Le rapproche-
« ment du rectum avec les autres parties est empêché
« par la contraction des fibres circulaires de cet in-
« testin. En conséquence, il faut les couper jusqu'au
« fond de l'abcès. Cette incision empêche la stagnation
« du pus : de nouvelles chairs naissent du rectum qui
« comblent peu à peu la plaie. Il faut avoir soin seu-
« lement d'y introduire une tente de charpie. On évite
« l'incontinence, car les releveurs font fonction de
« sphincter et retiennent parfaitement les matières so-
« lides, liquides ou gazeuses.

Ainsi donc, les incisions simples des abcès profonds du fondement, laissent après elles des trajets fistuleux.

Si l'on veut éviter la fistule et des abcès nouveaux, il faut fendre le rectum jusqu'à la partie supérieure de l'abcès. L'abcès ainsi traité se cicatrisera, sans qu'il y ait d'incontinence ano-rectale, grâce à l'intégrité des releveurs.

Foubert. — Cette conduite ne fut pas acceptée sans discussion. Et quelques temps après, Foubert soutint devant la même académie la thèse opposée dans son « mémoire sur les grands abcès du fondement. »

Plus heureux que Faget, il relate une série d'observations d'abcès ouverts spontanément ou traités par l'incision simple et qui guérissent promptement sans laisser de traces.

De ces observations, deux ont trait à de petits abcès de la marge de l'anus. Elles ne sauraient nous occuper.

La troisième est intéressante. Elle a trait à un veillard de 50 ans, tombé dans le marasme, à la suite d'une maladie grave, et chez lequel il existait un abcès énorme faisant le tour de l'anus. Une incision fut pratiquée sur la fesse droite. Il s'en écoula une grande quantité de pus contenant des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. La guérison fut complète au bout de trois semaines.

Ce fait est très important. Ici l'abcès tend à faire le tour de l'anus et à fuser vers le creux du côté opposé. Une incision simple suffit à l'arrêter et à le guérir.

L'observation V rapporte un cas d'abcès ischio rectal ouvert dans le vagin. On fit une contre ouverture près

de l'anus et un séton fut passé de cette incision dans le vagin. Cette malade guérit, mais il lui resta une fistule anale complète, opérée plus tard avec succès. On fut obligé d'ouvrir secondairement l'anus pour traiter la fistule. Mais Foubert conclut et avec raison, ce nous semble, que cette seconde opération fut moins grave que n'eût été la première.

Deux hommes, deux méthodes sont en présence. Chacun soutient son opinion par des observations qui lui semblent probantes. Pour résoudre la question, il faut des faits nombreux et des expériences chirurgicales multiples. Aussi le débat s'ouvre-t-il. Assistons-y et voyons les deux méthodes jugées par les contemporains.

Les partisans de Faget sont peu nombreux. J. L. Petit et Richerand sont à peu près seuls avec lui.

J. L. Petit. — J. L. Petit introduit son doigt dans le rectum et incise les téguments de haut en bas jusqu'à la peau en même temps qu'en dehors jusqu'à l'ischion. Si le rectum est dénudé, il ajoute une deuxième incision parallèle au pli interfessier, les lambeaux compris entre les incisions pouvant être réséqués.

Richerand. — C'est aussi la méthode de Richerand qui adopte également l'incision parallèle au pli interfessier, si le plegmon est volumineux.

Les partisans de la méthode de Foubert varient peu leur procédés.

Tisseyre 1811. — Tisseyre conseille d'inciser de l'anus vers l'ischion si la tumeur est petite, si elle est volumineuse de la fendre parallèlement au sillon interfessier.

Montagnon 1814. — Montagnon fait d'abord une incision allant de l'anus vers l'ischion. Sur cette incision, il en fait tomber une deuxième dirigée en avant vers le périnée, entre l'ischion et le raphé médian.

Lhomme 1839. — Lhomme conseille une ou deux incisions parallèles au sillon interfessier si l'abcès fait le tour de l'anus.

En résumé, ne touchez pas à l'anus. Débridez en long, parallèlement au sillon interfessier ou en large de l'anus à l'ischion. Telle est la formule.

Voilà donc deux méthodes irréductibles; deux séries d'opérations qui traitent tous les cas de suppuration péri-ano-rectale chacun d'une seule façon, soit par la méthode de Faget, soit par celle de Foubert.

Cependant les contemporains eux-mêmes firent entrer quelques considérants dans leurs jugements, et n'adoptèrent l'un ou l'autre procédé que suivant le cas. C'est alors que l'on commença à trouver que les deux méthodes avaient du bon, mais que seules elles étaient insuffisantes, que la méthode de Faget convenait mieux à certain cas, celle de Faubert à d'autres. Toutefois, l'accord ne se faisait pas quand il s'agissait de préciser

les indications des cas qui relevaient de l'une ou de l'autre méthode.

Marchand 1775. — Marchand s'appuie sur six observations d'abcès de la région ano-rectale, presque tous avec décollement du rectum mais sans perforation et guéris par la simple incision. Voilà qui est en faveur de Faget. Ce sont trois cas d'abcès avec altérations ou perforation de la paroi rectale, traités et guéris par la méthode de Faget.

Sabatier 1791. — Sabatier divise ses abcès en deux classes. La première renferme les abcès dûs à des causes extérieures au rectum qui reste sain bien que dénudé. A ceux là on doit appliquer le procédé de Foubert.

La deuxième classe comprend les abcès stercoraux liés à une altération ou à une perforation rectales.

Ici la lésion rectale, crevasses, corps étrangers, follicules muqueux, hémorroïdes, sont l'agent primitif de la suppuration. A ceux-là on doit appliquer le procédé de Faget.

Vallet 1803, Aublet 1804, reproduisent les conclusions de Sabatier.

Lalanne. — Lalanne conseille lui aussi de rechercher la cause de l'abcès. Il incise l'abcès stercoral d'abord et isolément. Puis, il va à la recherche de la perforation rectale, mais comme cette recherche est douloureuse, il vaut mieux attendre l'affaïssement et le dégorgement

des parties et la diminution de la sensibilité pour faire l'opération définitive.

Manés 1819. — Manés adopte le traitement causal. S'il existe des crevasses du rectum, on fendra cet intestin. On le fendra même des deux côtés, si la dénudation est considérable, mais on aura soin de comprendre les crevasses dans les incisions.

Bégin 1832. — Bégin dans le Dict. de Méd. et de Chirurgie prat., n'ajoute rien d'important aux conclusions déjà formulées.

Velpeau 1832. — Velpeau fait intervenir un nouveau facteur, c'est la notion du siège. Il applique la méthode de Faget aux abcès sous-sphinctériens, abcès de la marge de l'anus et la méthode de Foubert aux abcès plus étendus et plus profonds, car s'il n'y a pas de perforation, le malade peut guérir sans fistule, et s'il y a perforation, et que la perforation ne soit pas comprise dans l'incision, celle-ci n'est pas à l'abri de la fistule.

Il est vrai que l'on peut répondre à Velpeau, que ce qu'il y a d'important c'est d'inciser la perforation et qu'il faut savoir la trouver.

Il faut, ajoute Velpeau, inciser largement, ne pas laisser de cul-de-sac, mais ne pas toucher au rectum.

Ribes 1841-1845 — Ribes revient aux idées de Sabatier. Il distingue les abcès d'origine extra-anale qu'il traite par la ponction. Quand aux abcès stercoraux, il

les traite par la section de l'intestin, en comprenant la perforation dans l'incision.

D. Mollière. — D. Mollière traite les abcès phlegmoneux au début par l'incision abortive, petite et parallèle au sillon interfessier. Si l'abcès est formé, si les parois de la poche sont épaisses et indurées une grande incision deviendra nécessaire; cette incision sera suffisante même s'il existe une perforation.

Nélaton. — Nélaton adopte le procédé de Faget lorsque l'abcès ne s'étend pas au-dessus du sphincter.

Lorsqu'il est vaste et profond, il vaut mieux adopter le procédé de Foubert. L'incision doit être large. Il ne faut pas laisser de cul-de-sac. Lorsque l'incision sera faite, une mèche de charpie, un drain empêcheront les lèvres de la plaie de se recoller trop rapidement.

Chassaignac. — Avec Chassaignac et Verneuil nous revenons moins aux méthodes qu'aux techniques opératoires.

Il faut inciser tous les décollements. Si la muqueuse rectale a été décollée, il faut inciser le point décollé jusqu'à sa limite, sans cela la perforation sera inévitable. Or, l'incision qui rayonne vers l'anus peut seule satisfaire à cette indication.

Toutes les fois, ajoute cet auteur, qu'on s'est borné à l'incision antéro postérieure, on est sûr d'avoir une fistule. Nous avons vu des cas d'abcès phlegmoneux

purs et profonds sans aucune perforation de la muqueuse qui n'avait pas été décollée, l'abcès siégeant en dehors des tuniques de l'intestin et non pas sous la muqueuse même, l'incision antéro-postérieure donner lieu à des fistules borgnes externes profondes, qui étaient plutôt des fistules pelvi-rectales que des fistules anales proprement dites, mais qui ne guérissaient que lorsqu'on fendait l'intestin bien que celui-ci ne fut nullement malade.

Si nous résumons cet historique forcément écourté, et que nous cherchions à en dégager les idées générales, nous voyons qu'avec Faget et Foubert naissent presque en même temps deux méthodes opposées mais ayant un lien commun celle de traiter tous les cas indistinctement. Puis, viennent les méthodes mixtes qui règlent les indications opératoires suivant la nature, le siège, les complications, l'étendue des abcès.

Certains chirurgiens se guident sur les *complications* pour diriger leurs incisions. C'est ainsi que Marchand incise l'anوس quand le rectum est altéré ou perforé, mais le respecte quand il n'est simplement que décollé.

Velpeau introduit la notion de *siège*. Il réserve aux abcès sous-sphinctériens la méthode de Faget, aux abcès profonds, la méthode de Foubert. C'est aussi la pratique de Nélaton. Avec Sabatier intervient la notion de *cause* : aux abcès d'origine rectale, la méthode de Faget, à ceux d'origine extra-rectale, celle de Foubert.

Avec Daniel Mollière la notion de *prophylaxie* : aux abcès tout à fait au début, la ponction simple au bis-

tour; mais aux phlegmons suppurés et étendus, les grands débridements qui respectent l'anús.

La *gravité de l'état général* fait que Lalanne opère en deux temps. Il incise d'abord l'abcès, il ouvre l'anús quelques jours après. C'est ce que Trélat conseillera en 1887.

Tous les abcès ne se ressemblent donc pas.

Au point de vue opératoire, ils ont entre eux des caractères qui les séparent et qui les rendent justiciables de l'une ou de l'autre méthode thérapeutique. C'est ainsi que l'on incisera à la fois l'abcès et le rectum par la méthode de Faget, quand l'abcès est sous sphinctérien (Velpeau), quand il est dû à une lésion rectale (Sabatier), ou quand le rectum est déjà perforé (Marchand).

On réservera la méthode de Foubert aux abcès profonds (Velpeau), surtout si ces abcès sont dûs à une lésion étrangère à l'anús (Sabatier), si le rectum n'est pas intéressé, ou bien s'il est simplement décollé sans être perforé (Marchand).

Dans les cas où l'on préférera faire un Faget, on l'exécutera en un seul temps, ou bien en deux séances suivant la manière de Lalanne.

On voit donc que nous sommes déjà loin des formules trop radicales de Foubert et de Faget, et que déjà les indications opératoires tendent à se préciser.

CHAPITRE XIV

Epoque actuelle. — Les chirurgiens contemporains vont s'attacher plutôt à préciser la technique opératoire, persuadés que les incisions bien dirigées et les pansements bien surveillés ont autant d'utilité que les méthodes. Mais ici encore la divergence continue, et Faget et Foubert conservent chacun des partisans.

Dans ce chapitre, nous mettrons moins en lumière les raisons qui dictent chez les chirurgiens actuels le choix des méthodes, que leur manière même d'opérer.

On peut dire que Verneuil inaugure cette ère de technique opératoire, immédiatement après Chassagnac. Voici ses préceptes.

Verneuil, 1884-85. — Après chloroformisation, le malade étant placé comme pour l'opération de la taille périnéale, on explore attentivement le rectum afin de savoir s'il existe une fistule borgne interne, ou bien si la muqueuse rectale est amincie et décollée; et dans ce dernier cas jusqu'à quelle hauteur remonte le décollement.

« On ouvre alors cet abcès avec le thermocautère,
« puis on explore sa cavité avec la grande sonde can-
« nelée de Broca.

« L'extrémité de la sonde va à la recherche de l'ori-
« fice rectal s'il existe, ou bien le chirurgien le pousse
« vers le rectum par une perforation qu'il crée sur
« le champ à la partie supérieure du décollement, et
« après l'avoir recourbée, la ramène en dehors de l'a-
« nus, en même temps que son index gauche qui était
« resté dans le rectum. Il conduit ensuite le thermo-
« cautère sur la cannelure, lentement et incise toutes
« les parties molles placées au-dessous. »

Voilà donc l'abcès incisé de haut en bas ainsi que l'anus. C'est un pur Faget exécuté au thermo. Mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est de savoir ce qu'il faut faire lorsqu'il existe deux abcès. Ces deux abcès pour Verneuil ne sont pas contemporains. Le premier est le plus profond, quand il y a communication avec le rectum c'est avec lui que le rectum communique. On commencera donc à inciser l'abcès apparu primitivement, en exécutant un Faget.

« Il reste maintenant à ouvrir le second abcès et à
« cautériser le trajet en fer à cheval qui le fait commu-
« niquer avec le premier. Il suffit de rechercher l'orifice
« de ce conduit et d'y introduire la sonde cannelée
« dont le bec passe ainsi dans la deuxième poche en
« contournant le rectum.

« Reprenant alors le thermo-cautère, on se laisse
« guider par la sonde et l'on débride le tunnel et la ca-
« vité à laquelle il aboutit. S'il existait d'autres trajets
« on les ouvrirait de la même façon. »

Retenons de cette méthode, la manière de se com-

porter quand il existe une double poche. On incise transversalement de l'une à l'autre en passant derrière le rectum. On traite le deuxième abcès comme un simple prolongement du premier, on le traite comme les décollements qui en portent avec cette seule différence que ce décollement étant plus étendu, l'incision qui passe derrière le rectum et va du côté opposé doit être forcément plus longue. Nous apprécierons ultérieurement cette méthode.

Verneuil n'incisait le sphincter que d'un seul côté. Pour lui, l'incision double repose à l'incontinence que n'entraîne pas l'incision simple. Cependant si cette double section était nécessaire, il recommandait alors de la faire ultérieurement et d'attendre que la première fut cicatrisée.

Reclus. — M. Reclus n'hésite pas quand il le faut de le sectionner des deux côtés et en même temps. Mais voyons sa méthode tout au long.

La veille de l'opération, le malade sera purgé. Le matin même, il prendra un lavement, afin de vider le rectum. Puis, le malade endormi sera couché sur le dos, en travers du lit, le siège tout à fait sur le bord, les cuisses fléchies sur le bassin et maintenues écartées par les aides. La région sera rasée et soigneusement lavée avec un liquide antiseptique, la liqueur de Van Swieten par exemple. L'abcès sera ponctionné au thermocautère et une exploration de son foyer sera faite avec le stylet ou le doigt; puis tous les décollements seront incisés

au thermocautère sur la sonde cannelée. On évitera seulement d'inciser le sphincter en deux endroits à la fois. La plaie cautérisée sera lavée à l'eau chaude à 55°, puis une éponge enrobée de tarlatane, saupoudrée d'iodoforme sera introduite dans l'an us. D'autres tampons saupoudrés d'iodoforme seront placés sur la plaie extérieure.

Le malade doit être constipé pendant les premiers jours. Pour cela, on lui fera prendre de l'extrait thébaïque et on le mettra un peu à la diète. Le pansement sera refait tous les jours et chaque fois on aura soin de laver la plaie avec de l'eau bouillie et à une température de 55° à 60°.

Voilà le procédé, voyons dans les observations comment il a été appliqué.

Le malade de l'observation II atteint d'hémorroïdes douloureuses et ulcérées avait une collection purulente de chaque côté de l'an us. De chaque côté, le sphincter a dû être incisé. La guérison complète a été obtenue en trois mois et demi environ.

Pour M. Reclus, la section du rectum est tout à fait nécessaire lors même que cet organe est sain. Dans tous les cas qu'il a vus où le rectum n'a pas été incisé il y a eu des fistules qui ont nécessité une deuxième et quelquefois une troisième opération. C'est ainsi, dit cet auteur, que Lefort eut à traiter en 1885 un volumineux abcès ischio-rectal gauche. Cet abcès avait été incisé en juillet 1885 par un médecin de Sèvres; il resta fistuleux. En septembre, à la suite d'une chute, il eut

un abcès de la région coccygienne qui s'évacua par la fistule primitive. En décembre 1881, il fut opéré par M. Péan; il resta trois jours dans le service. En février 1886, nouvelle ouverture au niveau de la cicatrice, opérée cette fois-ci par Lefort et cela définitivement, par la méthode précédemment indiquée.

Une troisième opération a trait à un pasteur protestant, âgé de 59 ans, qui après des troubles hémorroïdaires, fit un énorme abcès de la région anale. L'abcès fut incisé et se cicatrisa en quelques temps. Mais bientôt des abcès nouveaux se reformèrent, si bien qu'en 1881 il vint consulter M. Reclus, qui constata en même temps qu'un état de marasme très prononcé, l'existence de fistules péri-anales très-nombreuses. On lui fit une sorte de rectotomie latérale et postérieure pour ouvrir tous les clapiers. Le délabrement opératoire dût être tel que la réparation dura près d'un an. Mais la guérison fut définitive.

En somme, la méthode de M. Reclus diffère peu de celle de Verneuil. Cependant les règles d'antisepsie y sont posées. La nécessité des pansements quotidiens est indiquée. Enfin, l'incision rectale est poussée plus loin, puisque M. Reclus va jusqu'à sectionner le sphincter des deux côtés à la fois et en même temps.

Nous nous permettrons de faire remarquer que l'observation du pasteur protestant a une grande analogie avec l'observation classique de Faget. Dans les deux

cas, il s'agit de malades mal opérés, mal pansés, peu surveillés. L'échec opératoire ne saurait rien prouver contre la méthode de Foubert. Nous y reviendrons.

Forgues et Reclus. — Forgues et Reclus, dans leur traité de thérapeutique chirurgicale, restent partisans de la méthode de Faget, qui pour eux est applicable à la majorité des cas, notamment pour les abcès du creux ischio-rectal « chez qui la mobilité du rectum et la rigidité de la paroi osseuse ischio-pubienne sont des conditions anatomiques défavorables au comblement de cet espace.

« Ils doivent être traités comme des fistules borgnes
« externes dont, après ouverture spontanée, ils sont
« devenus le parfait équivalent.

« Le foyer sera ponctionné au thermo-cautère : la
« sonde cannelée révélera la direction et l'étendue du
« décollement qu'on fendra dans toute sa hauteur. L'a-
« nus est alors dilaté avec le spéculum, ce qui permet
« d'examiner et de régulariser les moindres replis de la
« plaie.

« Les diverticules sont ouverts : les lambeaux flot-
« tants sont brûlés et la perte de substance plate et non
« anfractueuse guérit sans mèche, lentement et sûre-
« ment. Le tamponnement à la gaze iodoformée assure
« l'antisepsie de ce foyer. La guérison est souvent
« lente ; du moins le malade a-t-il gagné en repos et
« en santé le temps qui se serait écoulé entre l'ouver-

« ture simple de l'abcès et l'intervention nécessitée par
« la fistule consécutive. »

Tillaux. — M. Tillaux dans son *Traité de Clinique chirurgicale*, donne les préceptes suivants :

« Pratiquez donc une longue incision au bistouri ou
« au thermocautère sur la partie la plus saillante de la
« tuméfaction. Introduisez ensuite un doigt dans le
« foyer et recherchez s'il existe des prolongements en
« avant vers le périnée ou en arrière vers la fesse ou
« *même du côté opposé*, fendez tous ces prolongements
« de manière qu'il ne reste aucun cul-de-sac. .

« Lavez cette vaste plaie avec la solution phéniquée
« forte, et bourrez-la de tampon de gaze iodoformée et
« salolée. Les pansements ultérieurs seront faits avec
« beaucoup de soins. Il faut que la plaie se ferme du
« fond vers la surface.

« La peau ne doit se cicatriser définitivement que
« lorsque toutes les parties profondes sont réunies, si-
« non il restera un décollement ou une fistule. Mais il
« faut bien reconnaître que si l'on réussit parfois, sou-
« vent même, selon moi, à obtenir de la sorte une gué-
« rison complète, on échoue aussi dans certains cas et
« une fistule s'établit, les bords de la peau s'étant réu-
« nis plus vite que le fond ou parceque vous n'avez pu
« arriver à fermer complètement la plaie par suite de
« la persistance indéfinie de la suppuration et il faudra
« plus tard faire une nouvelle opération pour guérir
« la fistule. Il était donc logique que les chirurgiens

« préoccupés de cette éventualité prissent en quelque
« sorte les devants et fissent l'ouverture de l'abcès de
« façon à rendre à peu près impossible la production
« d'une fistule. Pour cela, il est nécessaire non seule-
« ment d'ouvrir le foyer dans toute sa hauteur mais en-
« core de fendre séance tenante dans la même étendue
« la paroi rectale correspondante. Cette pratique ne
« saurait toutefois, selon moi, s'appliquer en aucun cas
« à l'abcès du creux ischio-rectal profond, mais dans
« l'abcès margellaire, elle est très justifiable.

« Si les chirurgiens ont été et sont encore divisés sur
« ce point intéressant de thérapeutique, c'est qu'ils
« n'ont pas tous obtenu les mêmes résultats de leur
« intervention, les uns ayant observé presque toujours
« une fistule consécutive, les autres au contraire une
« guérison sans fistule. J'accorde qu'il convient d'at-
« tribuer une grande part dans le succès à l'acte opé-
« ratoire lui-même et surtout aux pansements consé-
« cutifs, mais il est bien certain aussi que quoiqu'on
« fasse, une fistule pourra s'établir. Il faudrait donc
« distinguer les cas dans lesquels la section de la paroi
« rectale est nécessaire de ceux où elle est inutile. Là
« est, je crois, la vérité et je formulerais volontiers le
« précepte suivant :

« Lorsque dans un abcès ischio-rectal limité à la fosse,
« vous constaterez une communication évidente avec
« le rectum, lorsque à l'aide du toucher vous trouverez
« la paroi rectale décollée et amincie dans toute la
« hauteur du foyer, comprenez cette paroi dans l'incision

« car il est à peu près sûr qu'une fistule succèdera à
« l'abcès. Dans les conditions opposées, contentez-vous
« de l'incision de la paroi cutanée. »

S. Duplay. — La conduite de M. S. Duplay est à peu de chose près la même que celle de M. Tillaux. On lira dans les observations citées au cours d'une clinique de la Charité (Gaz. des Hôp. 1892), que l'intervention doit varier avec l'étendue et la direction des décollements. Il est trop « absolu, pour M. Duplay, de sectionner la paroi rectale et le sphincter dans tous les cas, de faire en un mot l'opération de la fistule, — « mais si l'on sent la muqueuse décollée, amincie sur « une certaine étendue ou à plus forte raison perforée « déjà, il ne faut pas hésiter de pratiquer cette section.»

Quand l'abcès est bilatéral, on joint à l'incision primitive une deuxième incision du côté opposé, et l'on traite les deux ouvertures ainsi pratiquées par des tamponnements à la gaze iodoformée.

Quénu et Hartmann. — Dans leur excellent livre sur la chirurgie du rectum, MM. Quénu et Hartmann, tout en restant partisans des incisions larges, n'admettent pas qu'il faille suivre la méthode de Faget dans tous les cas.

Laissons-leur la parole.

« En résulte-t-il que dans tous les cas, on doive
« comme cela est dit et écrit de divers côtés fendre la
« paroi de l'intestin dans toute la hauteur correspon-

« dante à la cavité de l'abcès? Nous ne le croyons pas.

« Pour prévenir la fistule, l'incision doit être large
« et mettre à découvert toute l'étendue de l'abcès de
« manière à assurer l'évacuation complète et facile du
« pus sécrété dans ses divers décollements. Inutile pour
« cela d'inciser toujours dans toute la hauteur corres-
« pondante à la cavité de l'abcès, les tuniques rectales.
« Nous le conseillons lorsque la collection est purement
« sous-tégumentaire, sous-cutanée et sous-muqueuse;
« l'incision d'une grande étendue de peau n'ayant aucune
« importance, ni au point de vue de la gravité opératoire,
« ni au point de vue fonctionnel ultérieur, mais nous
« pensons qu'il faut être aussi sobre que possible d'in-
« cision comprenant toute l'épaisseur des tuniques rec-
« tales et du releveur qui les double. C'est dire que
« nous rejetons d'une manière absolue la pratique qui
« veut que dans les abcès de la fosse ischio-rectale, on
« fende après ouverture de la collection ischio-rectale,
« le rectum dans toute la hauteur du décollement.

« Avec le professeur Terrier, Allingham, Clark.
« Wharton, etc., nous conseillons de faire en dehors et
« parallèlement aux fibres du sphincter externe, une
« longue incision antéro-postérieure, tamponnant en-
« suite la cavité de l'abcès. »

Cette conduite excellente pour les abcès unilatéraux est insuffisante lorsque l'abcès a passé d'une fosse ischio-rectale à l'autre. Dans ce cas, nous n'hésitons pas à faire en arrière, sur la ligne médiane, une incision qui comprend la partie postérieure du sphincter

externe, à mettre ainsi à découvert la partie moyenne de l'abcès et à assurer avec de gros drains s'écartant en V vers chacune des fosses ischio-rectales l'écoulement du liquide fourni par les cavités suppurantes.

En réalité, les méthodes modernes n'ont rien changé aux anciennes. Aujourd'hui comme autrefois, certains opérateurs, MM. Reclus, Forgues, fendent le rectum des deux côtés, si l'abcès est double ; d'autres comme MM. Tillaux, Duplay, Quénu, Terrier ne touchent au rectum, que si le rectum est intéressé, aminci ou perforé.

Dans la manière de faire de ces derniers, un précepte se dégage. C'est qu'il faut inciser les abcès du creux ischio-rectal comme un abcès ordinaire, par une incision large et suffisante ; inciser les prolongements du côté du rectum comme un prolongement fessier ; mais s'arrêter au rectum, si le décollement s'y arrête, comme on s'arrête sur la fesse, quand le décollement ne l'envahit pas.

Le traitement de ces abcès ainsi compris, on ne décidera plus si l'on doit faire un Faget ou un Foubert de parti-pris : on se comportera suivant l'occasion.

Ces méthodes ne sont donc pas des *sine qua non* chirurgicaux, mais des traitements exceptionnels réservés à des lésions et à des complications différentes.

Aussi pour résumer, avec nos maîtres, en quelques préceptes la conduite que l'on doit tenir dans les abcès du creux ischio-rectal, il nous faut passer en revue

les cas particuliers et décider, chemin faisant, ce que l'on doit faire dans chacun d'eux.

TRAITEMENT DES ABCÈS DU CREUX ISCHIO-RECTAL

Les règles que nous allons donner ne sont pas des règles qui nous soient propres ; elles sont tirées de ce que nous avons lu et vu faire chez la plupart des maîtres actuels de la chirurgie française.

1° *Précautions à prendre avant l'opération.*

L'intervention doit être aussi hâtive que possible, quoique la marche de ces abcès varie avec l'infection. Aussi ne faudra-t-il pas toujours compter que l'on fera un nettoyage très sérieux du champ opératoire. Du reste dans ces régions, voisines de l'anus et plus résistantes que d'autres aux infections, un lavage fait au moment même où l'on opérera sera suffisant. On raser les poils, on lavera la région malade au savon, puis à l'alcool, à l'éther et au sublimé : il n'y a pas de règle particulière à suivre.

2° *Anesthésie.*

Faudra-t-il endormir le malade ? C'est ce que font tous les chirurgiens. Il est des cas cependant où l'état général est si grave que l'on hésite à infliger au patient une intoxication chloroformique ou autre. Beaucoup de hernies étranglées meurent peut-être du chloroforme.

On pourrait donc craindre de leur donner le coup de grâce. D'un autre côté, quand l'état général est si sérieux, c'est que l'on est en présence d'abcès gangréneux, par conséquent indolents. Enfin, les facultés intellectuelles sont tellement frappées dans ces cas-là que toute excitation qui pourrait être douloureuse est mal perçue, et qu'en résumé le malade souffre peu. C'est du moins l'idée que nous nous sommes faite, en présence de la malade opérée sans chloroforme dans le service de M. Quénu. On lit dans l'observation : « Pendant tout le
« temps que durèrent les débridements, la malade resta
« immobile poussant quelques cris plaintifs qui ne dif-
« féraient en rien de ceux qu'elle poussait déjà dans
« son lit. Il est à croire qu'elle ne souffrait pas beau-
« coup de son opération, d'autant mieux que le sou-
« venir ultérieur des sensations qu'elle éprouva à ce
« moment, était à peu près aboli. »

On chloroformisera donc ces malades dans la majorité des cas ; mais si le temps pressait, si l'état général du malade était sérieux, on pourra se passer de l'anesthésie générale.

3^e Position à donner au malade.

Les auteurs sont unanimes : C'est celle de la taille, c'est-à-dire le décubitus dorsal, le siège relevé à l'aide d'un coussin, les cuisses maintenues fléchies vers l'abdomen ; toute autre position paraît irrationnelle. Cependant nous avons vu opérer dans le service de M.

Quénu, une malade placée dans la position genu pectorale, position qui convient aux cas où l'abcès fuse derrière le rectum et dans les deux fosses. L'opérateur a mieux sous la main son champ opératoire ; mais il faut pour cela que la malade ne soit pas endormie. Aussi, cette position sera-t-elle le plus souvent irréalisable. En tout cas, elle convient merveilleusement pour les pansements ultérieurs et qu'on nous pardonne cette réflexion, les malades supportent mieux leurs souffrances dans cette position que dans toute autre.

4^e Instruments.

On pourra inciser au thermocautère. C'était la pratique de M. Verneuil : c'est encore celle de MM. Forgues et Reclus. Au contraire, MM. Quénu, Duplay, Terrier, fendent au bistouri. M. Tillaux au bistouri ou au thermocautère indifféremment. Si nous en croyons nos préférences, nous nous servirions plutôt du bistouri, quitte à poursuivre les prolongements trop étendus au thermocautère. Mais après une incision bien faite, il ne doit plus y avoir de clapiers, tout doit être de niveau et les décollements ne doivent plus exister. De plus, ces abcès saignent peu ; et toute hémorrhagie serait arrêtée par le tamponnement ; malgré tout, il est prudent d'avoir un thermocautère avec soi, soit pour étancher un vaisseau qui saigne, soit pour fendre la paroi latérale, s'il était nécessaire de la diviser.

V. — *Comment il convient d'inciser.*

On a dirigé les incisions un peu dans tous les sens. Les uns, comme Chassaignac, les faisaient parallèles aux plis rayonnés de l'anūs ; les autres, les font parallèles au sphincter externe, c'est-à-dire antéro-postérieures. Les deux sortes d'incisions sont bonnes. Les premières conviennent mieux aux cas où le rectum doit être intéressé : il sera divisé sur le prolongement même de l'incision primitive. La deuxième convient bien aux abcès avec prolongements fessiers, pour la même raison. En pratique, nous recommanderions de faire une incision antéro-postérieure, quand on jugera que l'on ne doit pas intéresser le rectum, et de la pratiquer au point culminant de la tumeur, on lui donnera la longueur de toute la zone cutanée malade. Aussi grande qu'elle paraisse à première vue, il est certain qu'il faudra l'agrandir encore, car dans la majorité des cas, l'étendue des lésions est plus grande dans les parties profondes, qu'au niveau de la peau.

Une seule incision suffit pour les abcès simples du creux ischio-rectal sans prolongements, mais ces cas types n'existent pas. On trouvera presque toujours un prolongement soit fessier, soit périnéal : c'est la règle. Dans ces cas, on prolongera l'incision vers la fesse ou vers le périnée.

Si le prolongement va vers la vulve, cas de Taylor, on incisera jusqu'à la vulve.

Si l'abcès s'est ouvert dans le vagin, il n'y a pas de règle opératoire indiquée. Nous inciserions pour notre part jusqu'à la cloison recto-vaginale exclusivement et au lieu de drainer par le vagin, nous ferions un tamponnement de l'abcès d'abord, puis du vagin, de façon à obturer la communication ; et s'il s'établissait une fistule, nous la traiterions comme une fistule de la région, mais en deux temps.

Les prolongements rétro-prostatiques seront poursuivis par l'incision antérieure. C'est ainsi que dans un cas, M. Quénu fut amené jusqu'à la prostate, en poursuivant les décollements antérieurs d'un abcès du creux ischio-rectal.

Pour les abcès qui s'élèvent vers le releveur, on décollera toutes les parties mortifiées avec le doigt et l'on sera ainsi conduit, comme dans le cas de M. Quénu, à ouvrir une nouvelle poche située entre le releveur et son aponévrose inférieure. Quant aux abcès de l'espace pelvi rectal supérieur, ils constituent une catégorie que nous n'avons pas à étudier ici.

Les abcès qui intéressent le rectum ou qui le perforent et les abcès des deux creux ischio-rectaux méritent davantage de nous arrêter.

Lorsqu'on aura fendu l'abcès, on introduira les doigts dans l'anus et dans l'abcès, et l'on cherchera à se rendre compte s'il existe une perforation, ou bien si la muqueuse rectale décollée est soulevée par quelque tuméfaction.

Pour peu que la séparation soit mince, mais continue, mieux vaut ne pas inciser le rectum. MM. Duplay, Tillaux, Quènu s'en sont bien trouvés. On sera toujours à temps du reste de le faire plus tard.

Si la communication est évidente, si l'abcès bombe dans le rectum, on pratiquera cette opération sur la sonde cannelée, au bistouri ou au thermo-cautère.

Abcès doubles.

Faut-il appliquer aux abcès doubles, les règles déjà prescrites, c'est-à-dire les traiter par une incision unique qui fait tout le tour du rectum, comme si l'on poursuivait un décollement plus étendu que les autres ou bien les traiter par une incision séparée.

Dans ce cas intéressant et plus nouveau, les façons d'agir sont variables.

M. Verneuil recommande lorsqu'on a incisé le premier abcès de rechercher l'orifice de communication avec le deuxième et d'y introduire la sonde cannelée dont le bec passe ainsi dans l'autre poche en contournant le rectum. Reprenant alors le thermocautère, on se laisse guider par la sonde et l'on débride le tunnel et la cavité à laquelle il aboutit.

M. Reclus ne va pas d'un abcès à l'autre. Il incise de chaque côté séparément, et de chaque côté, il fend le rectum, sans qu'il y ait de trouble préjudiciable au fonctionnement des sphincters.

M. Tillaux ne donne pas de règle opératoire spéciale aux abcès bilatéraux. Il les considère comme de véritables prolongements d'un abcès d'abord unilatéral. Aussi aurait-il tendance à les comprendre dans une incision unique comme faisait M. Verneuil.

M. Duplay fait une incision bilatérale, antéro-postérieure. C'est aussi le procédé de M. Reclus.

Voilà donc deux manières différentes. Certains auteurs comme Verneuil et M. Tillaux, font une incision unique mais très étendue, allant d'un creux ischio-rectal à l'autre et passant derrière le rectum. D'autres comme MM. Duplay et Reclus font deux incisions séparées.

Les premiers craignant la stagnation du pus font une incision très longue et créent une surface saignante un peu vaste. D'autres sont plus sobres d'incision, mais laissent derrière le rectum toute une région qui a de la peine à s'évacuer au point le plus déclive et n'a d'autre issue que vers les ouvertures latérales. Dans le premier cas, on pourrait reprocher à l'incision les dimensions, dans le deuxième, on pourrait lui reprocher son insuffisance.

Dans le procédé de M. Quénu, on a l'avantage de deux méthodes, sans avoir ses inconvénients.

On fait deux incisions latérales, parallèles au sphincter, puis on fait une incision médiane sur le raphé anococcygien. L'injection pratiquée en ce point passe aisément des deux côtés. La cicatrisation n'est pas plus

longue avec trois incisions séparées de même grandeur qu'avec une seule. De plus, le pus est évacué au point déclive sans qu'il y ait de clapier médian.

Pansements consécutifs.

Nous en dirons peu de choses. Ils doivent être répétés deux fois par jour dans les premiers temps jusqu'à ce que les surfaces soient détergées. On diminuera peu à peu les drains et les tamponnements à mesure que la cicatrisation avancera.

Mais il faut se rappeler que le zèle du panseur est aussi utile que l'habileté de l'opérateur et qu'il ne faut pas quitter son malade d'un jour qu'il ne soit guéri. On hâtera ainsi la guérison et l'on pourra prévenir les fistules.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Abcès double du creux ischio-rectal consécutif à une
ulcération hémorroïdaire* (Service de M. Quénu,
hôpital Cochin).

X..., entrée à l'hôpital Cochin, salle Richet, le
1895.

L'état général de la malade est grave. T. 40°. Délire.
Face vultueuse, langue sèche.

Un examen superficiel fait constater l'existence d'un
double phlegmon, siégeant sur les deux fesses de
chaque côté de l'anus.

La peau est rouge, violacée et cette teinte inflamma-
toire s'étend très loin sur les régions fessières et sur la
région sacrée.

A droite, la peau est déjà ulcérée, il existe un petit
pertuis par où le pus commence à sourdre.

Des deux côtés, la tuméfaction est intense, avec maxi-
mum à la base du creux ischio-rectal. En ce point, les
téguments bombent, et la rénitence est très marquée.

Sur la fesse droite, et en arrière de l'anus, il existe de
la sonorité à la percussion.

L'exploration de l'anüs et l'éversion de la muqueuse anale font constater sur la paroi latérale droite du canal anal, l'existence d'une ulcération étendue, large comme une pièce de 1 franc; elle est profonde, dure sur les bords et le fond, elle saigne au moindre contact. Du reste, il est évident que la tunique sous-muqueuse est très infiltrée, très œdématiée et quoique cette ulcération présente à s'y méprendre, les caractères d'un épithélioma au début, il faut réserver le diagnostic.

Pas d'adénite inguinale.

L'examen dut forcément être abrégé; mais les constatations faites les jours suivants et l'interrogatoire ultérieur de la malade, nous donnèrent les renseignements suivants :

La malade est une hémorroïdaire, avec pertes de sang assez fréquentes depuis deux à trois ans, époque vers laquelle la ménopause est survenue. Elle se porte bien, n'est ni syphilitique, ni diabétique; il faut peut-être faire une réserve au point de vue alcoolique. Elle paraît plus âgée qu'elle ne l'est réellement. Elle porte 50 ans, elle en a 40. Ses artères sont dures, le visage est flétri.

Quelques jours avant sa maladie elle perdait du sang par l'anüs et comme elle était constipée elle a pris plusieurs lavements qui la faisaient souffrir.

Trois ou quatre jours avant son entrée, elle tomba assise sur le siège en descendant un escalier et ressentit une douleur assez vive qui devint aiguë dans la soirée.

A partir de ce moment, elle ne peut nous fournir de

renseignements. Sa mémoire a disparu, elle a commencé à délirer. Elle ne peut nous dire notamment si la tuméfaction a été unilatérale ou d'emblée bilatérale.

Immédiatement après un examen sommaire, l'interne du service l'a opérée.

L'état général grave de la malade, son état psychique modifiant les perceptions et les rendant obtuses, l'état gangréneux du phlegmon sont autant de raisons pour ne pas employer l'anesthésie.

Nous plaçons la malade dans la position de la taille, le siège relevé par un coussin et faisons trois larges incisions : deux latérales au niveau de la base de chaque creux ischio-rectale, une postérieure médiane entre l'anus et le coccyx.

Il s'échappe une grande quantité de liquide sa-
nieux, purulent, grisâtre, d'odeur fécaloïde, avec des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé et des gaz en abondance. On déterge la plaie autant que possible et l'on passe à l'examen de l'anus, qui est trouvé indemne de toute perforation.

Lavage au sublimé. Un drain est passé dans chaque incision latérale et ressort par l'incision postérieure médiane.

Le fond de la plaie est grisâtre et formé de masses sphacélées qui ne se sont pas encore détachées. Les décollements remontent très haut et très loin, mais ne dépassent pas la loge du creux ischio-rectal. Aussi ne poursuit-on pas plus loin les incisions qui sont suffisantes pour le moment.

Les jours suivants, la malade est pansée deux fois par jour. Comme elle déraisonne moins, on la place

dans la position genu-pectorale, qu'elle prend avec facilité. La plaie est nettoyée par des lavages au permanganate de potasse, solution faible, mais très abondants. Les sinuosités de la poche sont touchées avec des tampons imbibés d'acide phénique fort.

Les incisions primitives ont été agrandies aux ciseaux, la malade étant presque insensible. Aussi porte-t-elle deux larges blessures : la droite a 10 centimètres de long sur 3 de large, la gauche 7 centimètres de long sur 4 de large. Ces deux incisions latérales sont anfractueuses. Leur fond présente des saillies mamelonnées d'un rouge intense, tapissées par un liquide purulent. Ce sont d'énormes bourgeons charnus qui ont succédé aux lambeaux gangrénés et éliminés. La brèche droite présente un décollement antérieur qui se dirige vers la fourchette et la rejoint : il a une longueur de 6 centimètres. En arrière, un deuxième décollement qui se dirige vers le coccyx rejoint la brèche du côté opposé. Celle-ci présente les mêmes caractères que la précédente : même fond sanieux, mêmes gros bourgeons, mais moins développés, pas de décollement antérieur, mais un décollement postérieur remontant plus en arrière que le précédent, jusque au niveau de l'articulation de la première pièce du coccyx avec la deuxième.

Vers le 24 décembre l'écoulement a diminué, il s'est fait secondairement des décollements sous-cutanés et la pression faisait sortir de dessous le derme des gouttelettes de pus, s'écoulant par des orifices multiples, en véritable pomme d'arrosoir.

Le drainage se fait très facilement : la communication

des deux abcès ischio-rectaux est large et aisée. Les lavages faits dans une poche ressortent par l'autre et par l'incision médiane. L'état général est bon.

Nous examinons l'ulcération rectale. Elle a disparu, il n'y en a plus la moindre trace et la cicatrice se perd dans les plis de la muqueuse.

Les pansements se font plus rares et le 15 février la guérison est complète sans fistules avec une cicatrice froncée et déprimée.

Nous relevons dans cette observation les particularités suivantes : 1° l'existence d'un double abcès, évoluant simultanément et si rapidement qu'il est impossible de savoir lequel a précédé l'autre.

2° La gravité de l'infection ou plutôt de l'intoxication, telle que la malade est restée pendant plus d'un mois dans un état d'aliénation mentale, qui a disparu par un traitement local.

3° L'évolution même de la maladie : hémorroïdes antérieures qui se sont ulcérées, qui ont été irritées ou infectées par des lavements répétés et qui ont localisé l'infection dans le creux ischio-rectal, probablement à l'occasion d'un traumatisme.

4° L'existence de gaz sans perforation anale, la difficulté de diagnostic d'une simple ulcération hémorroïdaire, quand il s'y joint l'œdème des parties rectales. 5° La nécessité des pansements répétés que l'on fait soi-même. On est gêné souvent par la diarrhée, accident qui est survenu chez notre malade ; nous ne l'avons pas enrayée. Après chaque évacuation la malade était lavée et pansée rapidement par une infirmière de confiance, quoique les deux pansements du matin et du soir fussent faits par nous.

OBSERVATION II

Trélat. — *Progrès médical*, avril 1887.

Clinique chirurgicale de la Charité.

Un malade me fit appeler, il y a quelques années, pour un phlegmon péri-rectal survenu à la suite d'un très long voyage. Je ne crois pas en avoir vu de plus effrayant et l'état général était à l'avenant, c'est-à-dire des plus graves, si grave que je crus devoir par prudence me borner à l'incision de l'abcès. Mais trois jours plus tard, quand le malade se fut un peu remonté, je fis de chaque côté de l'anus deux larges incisions et peu de jours après, quand le foyer se fut un peu détergé, je complétais avec l'anse galvanique la section des décollements très élevés dont je n'avais pu encore atteindre les limites dans mon premier acte opératoire. Ainsi donc, les deux temps du traitement des abcès de la marge de l'anus par la méthode de Faget peuvent être dissociés dans certains cas, soit parce que l'état général du malade ne permet pas de lui faire subir d'emblée une grande opération et oblige le chirurgien à limiter son action au strict nécessaire pour le moment, soit parce que, en raison de l'étendue des désordres et de l'état des parties malades, on risquerait d'aller à l'aveugle et mal opérer en voulant faire en une seule séance.

Mais il est bien entendu que je n'admets ces opérations en plusieurs temps qu'à la condition que ces divers temps se suivent à des intervalles rapprochés dont la durée variera suivant l'état général du malade et selon le degré des lésions locales.

OBSERVATION III

Duplay. — *Gazette des hôpitaux*, 1892.

Clinique de la Charité.

Notre troisième malade est également une femme de 21 ans.

Il y a quinze jours, elle eut, après plusieurs jours de constipation opiniâtre, une selle extrêmement pénible. La douleur momentanée fut très vive. Cette douleur reprenait une heure après, plus vive encore. A son entrée à l'hôpital, on trouvait un gonflement énorme de toute la périphérie anale. La tension, la douleur étaient considérables, mais la rougeur était peu marquée. Le toucher rectal était si pénible, qu'il ne put être fait qu'au cours de l'anesthésie chloroformique, immédiatement avant l'opération. Il montre que la tuméfaction remontait très haut au-dessus du sphincter. Complication intéressante à laquelle il faut toujours songer dans les affections de l'an us et les opérations pratiquées sur cette région, il existait une rétention d'urine qui obligea au cathétérisme. La fièvre était vive et la température atteignait 39,2°.

L'incision fut faite sous le chloroforme au point le plus saillant du côté droit et donna issue à une énorme quantité de pus fétide. L'exploration du foyer par le doigt montra trois prolongements. Le premier s'étendait vers le périnée, le second remontait très haut dans la fosse ischio-rectale, le troisième contournait l'an us en arrière et allait, après avoir passé entre l'an us et le coccyx, envahir la fosse ischio-rectale gauche. Il s'agis-

sait de cette forme particulière d'abcès profond, dit abcès en fer à cheval. Le décollement du grand fessier, assez fréquent dans les abcès profonds, n'existait point dans notre cas, mais la bilatéralité des foyers nous obligea à faire une deuxième incision à gauche. Une mèche de gaze iodoformée fut passée dans le trajet situé entre l'an us et le coccyx. La malade guérit sans autre incident qu'une nouvelle rétention d'urine.

Ces abcès, plus que tous les autres, exposent aux fistules et en particulier aux fistules borgnes internes.

L'incision doit être précoce et large. De plus, s'il est trop absolu de sectionner la paroi rectale et le sphincter dans tous les cas, de faire en un mot d'emblée l'opération de la fistule, il faut toujours explorer soigneusement la cavité de l'abcès. Si l'on sent la muqueuse décollée, amincie sur une certaine étendue ou à plus forte raison perforée déjà, il ne faut pas hésiter de pratiquer cette section. Mais dans nombre de cas, elle restera inutile et l'incision simple, suivie de tamponnements faits soigneusement à la gaze iodoformée, suffira à assurer la guérison sans fistule.

OBSERVATION IV

Quénu. — *Gazette médicale* de Paris, 1894.

Clinique de l'hôpital Cochin.

Il s'agit d'un malade qui présenta un abcès du creux ischio-rectal et qui présentait un décollement supérieur.

« Le stylet s'engageait de toute sa longueur dans ce
« décollement et laissait entre lui et le doigt introduit

« dans le rectum toute l'épaisseur des parois rectales.
« On était tenté de croire à un abcès de l'espace pelvi-
« rectal supérieur.

« L'index gauche étant séparé du stylet par toute l'é-
« paisseur du sphincter, puisque ce stylet se rapprochait
« du rectum sans devenir jamais sous-muqueux, pour
« s'éloigner ensuite, en se dirigeant de bas en haut et
« de dedans en dehors. Presque tout le stylet dispa-
« raissait dans ce trajet ».

Opération le 15 avril 1894.

Excision de tout le tissu induré autour du trajet.
Celui-ci arrivé à une certaine hauteur, se bifurquait en
deux branches, l'une externe qui gagnait en s'évasant
le sommet de la fosse ischio-rectale ; l'autre interne,
s'insinuant dans une aponévrose que je reconnus être
celle qui s'applique en bas sur le releveur de l'anus.
L'aponévrose fut incisée aussi haut que possible et le
creux bourré de gaze iodoformée.

OBSERVATION V

*Abcès du creux ischio-rectal avec prolongement vers
la prostate, 1894. Cochin, service de M. Quénu.*

Il s'agit d'un homme adulte qui se présenta, il y a
deux ans, à l'hôpital Cochin, avec un abcès du creux
ischio-rectal. A part la rougeur et la tuméfaction de la
région, tous les autres symptômes étaient ceux d'une
péri-prostatite aiguë.

Opération sous le chloroforme. Incision au bistouri.
Après avoir vidé le creux ischio-rectal, on remarque en

avant un prolongement vers la prostate, sans passer du côté opposé. Malgré cela, la glande est saine. En réalité, il s'agit anatomiquement d'un abcès du creux ischio-rectal avec prolongement vers la prostate.

Guérison.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès du creux ischio-rectal présentent des prolongements nombreux, sur lesquels les auteurs classiques n'insistent pas suffisamment.

Des prolongements fessiers et périnéaux, vulvaires, rétro-prostatiques et intra-vaginaux :

Des prolongements pelviens.

Des prolongements sous-cutanés, muqueux, décollant ou perforant la muqueuse rectale.

Des prolongements entre le releveur de l'anus et son aponévrose inférieure.

Des prolongements pelvi-rectaux supérieurs.

Enfin des prolongements en fer à cheval ou abcès simultanés des deux fosses ischio-rectales.

II. — On doit traiter ces abcès, comme des abcès ordinaires par une incision large, faite au niveau de la base et parallèle au sphincter externe.

III. — On incisera les prolongements dans toutes les directions sans s'occuper des régions vers lesquelles ils fusent.

IV. — On réservera donc l'incision des parois

rectales aux cas seuls où les parois sont réellement intéressées.

V. — Quant aux abcès doubles, on les traitera par une incision double parallèle chacune au sphincter externe, on y joindra une incision médiane postérieure, allant de l'anús au coccyx. (méthode de Quénu.)

VI. — Les pansements ultérieurs seront surveillés rigoureusement. Ils seront faits deux fois par jour, tant que les parois de l'abcès ne seront pas détergées. A ce moment on pourra le faire une seule fois; le tamponnement ira en diminuant, mais ne sera abandonné que lorsque la cicatrisation sera complète.

C'est de cette seule façon que la plupart des auteurs actuels, Tillaux, Duplay, Quénu, ont pu éviter les fistules.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Auteurs classiques d'anatomie :

SAPPEY,
TILLAUX,
TESTUT,
RICHET,
POIRIER, JONNESCO.

MORESTIN. — Opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Thèse de Paris, 1893.

JOHAL. — K. 1893. Ueber das spatium sacro ischiadicum.

Pathologie.

MOLLIÈRE. — Traité des maladies du rectum.

TRÉLAT. — Progrès médical, 1887.

TILLAUX. — Traité de clinique chirurgicale.

RECLUS. — Leçons cliniques, Hôtel-Dieu, 1888.

FORGUES et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgie.

BARRAR DE MURATEL. — De l'incision des abcès de la région ano-rectale. Thèse de Paris, 1885-86.

MELOCHE. — Abcès ano-rectaux et leur traitement. Th. de Paris.

DUPLAY. — Gazette des hôpitaux, 1892.

BEITRAG zur klinischen Chirurgie. Tubingen, 1893, x.
755-775.

MANLEY. — Ischio-rectal abcess. Med. News Phil. 1893.
LXII, 129.

WARTHON. — The treatmen of ischio-rectal abcess.

TAYLOR. — Abcess of labium due to rectal suppuration
of fistule. Birming. Med. Revue, 1895, XXXVII,
20-26.

QUENU. — Les abcès péri-recto-anaux. Gazette médicale,
Paris 1894.

ETCHEPARE. — Des abcès ischio-rectaux. Th. Paris, 1894.

QUENU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

